

本文引文格式:张春元,农慧姣,甘彩晓,等.循证护理在保守治疗膝关节炎中的应用[J].
右江民族医学院学报,2023,45(4):689-698.

【临床护理】

循证护理在保守治疗膝关节炎中的应用

张春元¹,农慧姣¹,甘彩晓²,杨成亮³

1. 右江民族医学院附属医院生命科学与临床研究中心,广西 百色 533000;
2. 右江民族医学院附属医院烧伤整形与创面修复外科,广西 百色 533000;
3. 右江民族医学院附属医院创伤骨科,广西 百色 533000

摘要:目的 分析循证护理在保守治疗膝关节炎中的应用。方法 选择2021年9月至2022年9月期间在右江民族医学院附属医院骨科门诊接受药物保守治疗的100例膝关节炎患者作为研究对象,按数字表随机分为对照组和观察组,每组50例,对照组采用常规护理方式,研究组应用循证护理的方式进行护理。对两组患者心理健康状况、疼痛程度、膝关节功能等预后情况及医护工作满意度等进行对比分析。结果 观察组在1个月、2个月、3个月、6个月和12个月的VAS评分比对照组低($P < 0.05$);观察组治疗1个月、2个月、3个月、6个月和12个月的WOMAC评分比对照组低($P < 0.05$);两组患者治疗后6月SF-36量表评分比较,观察组各项SF-36量表评分比对照组高,差异有统计学意义($P < 0.05$);随着治疗时间延续,两组患者抑郁(PHQ-9)状态呈改善趋势,差异具有统计学意义($P < 0.05$),但在各评估时点上,治疗后两组间抑郁(PHQ-9)状态差异无统计学意义($P > 0.05$);观察组满意度在治疗1个月、2个月、3个月、6个月及12个月高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 循证护理在保守治疗膝关节炎中可起到明确的积极作用,无论是在改善患者病情进展、改善疼痛体验、消除不良心理状态、加速日常生活功能恢复还是提高患者满意度上都起到明显正向作用。

关键词:膝关节炎;炎症;循证护理学;保守治疗

中图分类号:R684.3

文献标识码:C

文章编号:1001-5817(2023)04-0689-05

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2023.04.026

膝关节炎(knee osteoarthritis, KOA)是一种好发于中老年人的慢性退行性疾病,常常表现为膝关节软骨变性^[1]、破坏或增生等特点,临床可表现为膝关节肿痛及活动受限,严重者甚至造成关节畸形^[2]。随着我国人口老龄化的加剧,这一数据呈逐年上升的趋势^[3]。KOA造成的疼痛^[4]和不便不仅影响患者日常生活,也给社会带来了沉重的经济负担^[5]。目前通过保守治疗及护理仍是膝关节炎的最主要治疗方式,然而护理方式的选择一定程度上决定了患者的依从性和治疗效果,因此寻找有效的KOA保守治疗的护理方法,是基础与临床的当务之急。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究选择2021年9月至2022年9月期间在右江民族医学院附属医院骨科门诊接受保守治疗的100例KOA患者作为研究对象,经患者及家属知情同意自愿加入本研究,根据数字表随机分为对

照组和观察组,每组50例。其中观察组男31例,女19例,平均(64.28±8.23)岁,对照组男28例,女22例,平均(61.12±9.40)岁,观察组与对照组之间的一般资料对比差异无统计学意义($P > 0.05$)。(1)纳入标准:①年龄≤80周岁;②符合美国风湿病学会(ACR)症状性膝骨关节炎诊断标准;③Kellgren-Lawrence 膝关节骨关节炎X线分级≤2级;④患者过去一周膝关节疼痛视觉模拟评分(Visual Analogue Scale, VAS)≥20分;⑤患者同意且可耐受X线、MRI平片扫描;⑥患者同意接受玻璃酸钠膝关节注射;⑦受试者自愿参与该研究并能够提供书面知情同意书;⑧受试者可以接受电话访问或到医院进行随访。(2)排除标准:①因病理或生理原因无法进行相关辅助检查的复查者;②类风湿关节炎患者及其他自身免疫性疾病或严重疾病患者(如:牛皮癣性关节炎、狼疮、活动性癌症、严重心血管和肾脏疾病等);③正在参加其它实验研究且对

基金项目:广西壮族自治区卫生健康委西医类自筹经费科研课题(Z-L20220869)

第一作者简介:张春元(1987-),女,本科,主管护师,研究方向:骨科临床护理,E-mail:286472562@qq.com

通讯作者简介:杨成亮(1985-),男,博士,副主任医师,研究方向:骨与关节退行性疾病诊疗,E-mail:760176198@qq.com

本实验存在潜在误差风险者;④因其他原因或疾病不同意参加本项研究者。

1.2 研究方法 两组患者治疗方式均采用保守(非手术)治疗方式,治疗方式为:急性期患肢适当制动;使用美洛昔康胶囊、塞来昔布、双醋瑞因胶囊等口服止痛药物控制关节疼痛;玻璃酸钠关节腔注射(患者取坐位,以患肢膝眼部为穿刺点进行穿刺,将关节腔内积液抽吸干净后注射玻璃酸钠 2 mL,每周 1 次,共 6 周)。

1.2.1 对照组 治疗期间实行常规护理方式:在每次复诊及治疗前进行膝关节炎相关知识宣教;对患者及家属讲解止痛药物服用方式及注意事项;向患者宣教玻璃酸钠关节腔注射后注意事项,指导患者配合治疗。

1.2.2 观察组 ①接受保守治疗的膝关节炎患者,每两周进行一次相关复查、治疗及评估,每次治疗结束,对患者治疗体验及治疗状态进行记录和评估,包括本次治疗的疼痛评估、治疗配合完成度、本次治疗自我体验、心理状态评估表等数据;②综合数据提出循证护理问题,护理人员进行相关讨论,立足目前病情、护理需求等情况寻找循证证据支持(专业书籍、既往护理经验等),并通过整合的方式得出循证依据,制定护理方法;③依据得出的护理方法进行护理干预,针对患者不同需求及生理心理状态进行健康教育及心理疏导,监测病情(包括疼痛护理、心理护理等)。

成立循证护理小组,基于循证医学 PICO 原则进行护理工作:P(受试对象):本研究纳入的膝骨关节炎患者。I(干预措施):保守(非手术)治疗方式:急性期患肢适当制动;使用口服止痛药物控制关节疼痛;玻璃酸钠关节腔注射。C(比较因素):膝关节炎保守治疗常规护理干预措施。O(结局指标):膝关节疼痛、膝关节功能、生活质量、心理状态、护理满意度。

以小组协作的方式进行研究,每两周对观察组患者进行一次相关复查、治疗及评估,每次治疗结束,对患者治疗体验及治疗状态进行记录和评估,包括本次治疗的疼痛评估、治疗配合完成度、治疗自我体验、心理状态评估表等数据;综合数据提出循证护理问题,护理人员进行相关讨论,立足目前病情、护理需求等情况寻找循证证据支持(专业书籍、既往护理经验等),并通

过整合的方式得出循证依据,制定护理方法;①康复锻炼^[6]:基于患者个体病情,基于安全、有效、循序渐进原则,为患者制订个性化康复训练方案。疼痛急性期以患肢制动为主,待急性期度过后逐步开展训练。康复训练内容包括静态下肢肌肉张力训练、下肢肌群力量训练、膝关节活动度训练、平衡训练等。在进行完善的保护措施下根据个体情况进行康复训练强度规划,并在每周复诊时进行未来一周的康复训练计划。②健康教育。开展健康讲座,面向患者及患者家属进行膝关节炎相关疾病知识、日常护理、日常注意事项等。采取一对一宣讲的方式对入选患者进行个性化健康教育,包括了解当前自身疾病状态、减少膝关节炎治疗期间盲区 and 误区,日常饮食结构建议、体重推荐值、膝关节日常保护措施等。同时加强患者治疗信心、配合治疗用药等。③心理护理。在每 2 周一次的评估活动中与患者进行一对一的心理咨询,引导患者宣泄不良心理,并对心理困惑进行指导,帮助患者树立信心,保持乐观心态。

1.3 观察指标 整理两组患者治疗前、治疗开始后第 1 个月、第 2 个月、第 3 个月、第 6 个月、第 12 个月的 VAS 评分、WOMAC 评分、治疗前与治疗第 6 个月的 SF-36 量表评分、治疗前与治疗第 6 个月及第 12 个月的心理健康问卷-9(PHQ-9)评分及治疗开始后第 1 个月、第 2 个月、第 3 个月、第 6 个月、第 12 个月的患者满意度评分,分析总结出其影响因素。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计软件分析数据。采用 t 检验分析计量资料,采用 χ^2 检验分析计数资料。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 VAS 评分的比较 两组患者治疗前的 VAS 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后第 1 个月、第 2 个月、第 3 个月、第 6 个月和第 12 个月观察组及对照组患者的 VAS 评分均较治疗前降低,同时两组组内比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗第 1 个月、第 2 个月、第 3 个月、第 6 个月和第 12 个月的 VAS 评分比对照组低($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者 VAS 评分的比较

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后第 1 个月	治疗后第 2 个月	治疗后第 3 个月	治疗后第 6 个月	治疗后第 12 个月
观察组	50	7.18±1.17	5.30±1.25	3.86±1.11	3.16±0.96	2.24±0.80	1.22±0.71
对照组	50	7.00±1.41	5.86±1.21	5.18±1.02	4.36±0.85	3.60±0.93	2.86±0.90
<i>t</i>		0.693	-2.274	-6.190	-6.631	-7.872	-10.100
<i>P</i>		0.490	0.031	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

2.2 两组患者 WOMAC 评分比较 两组患者入院治疗前 WOMAC 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后第 1 个月、第 2 个月、第 3 个月、第 6 个月和第 12 个月两组患者的 WOMAC 评分均较前降

低,组内比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗后第 1 个月、第 2 个月、第 3 个月、第 6 个月和第 12 个月的 WOMAC 评分比对照组低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者 WOMAC 评分的比较

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后第 1 个月	治疗后第 2 个月	治疗后第 3 个月	治疗后第 6 个月	治疗后第 12 个月
观察组	50	68.67±7.06	52.04±6.67	41.62±4.97	25.74±3.90	18.04±3.46	10.82±3.79
对照组	50	69.06±8.44	54.86±6.62	45.40±5.48	35.98±3.93	25.74±5.30	14.38±5.07
<i>t</i>		-0.257	-2.122	-3.614	-13.084	-8.601	-3.975
<i>P</i>		0.788	0.036	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

2.3 SF-36 量表评分比较 两组患者治疗前各项 SF-36 量表评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者治疗后第 6 个月 SF-36 量表评分比较,差异有

统计学意义($P < 0.05$),观察组各项 SF-36 量表评分比对照组高。见表 3。

表 3 两组患者治疗前与治疗后第 6 个月的 SF-36 量表评分的比较

组别	<i>n</i>	生理功能		生理职能		躯体疼痛		总体健康	
		治疗前	治疗第 6 个月	治疗前	治疗第 6 个月	治疗前	治疗第 6 个月	治疗前	治疗第 6 个月
观察组	50	26.96±3.95	67.00±8.27	31.82±5.30	72.02±6.02	32.04±3.93	70.88±4.73	30.30±4.22	72.72±5.15
对照组	50	27.18±4.35	59.70±7.28	30.36±3.12	61.30±5.59	31.90±4.79	64.22±5.50	30.76±3.86	63.10±9.05
<i>t</i>		-0.265	4.686	1.679	9.229	0.160	6.490	-0.569	6.532
<i>P</i>		0.792	<0.001	0.096	<0.001	0.873	<0.001	0.571	<0.001

表 3(续) 两组患者治疗前与治疗后第 6 个月的 SF-36 量表评分的比较

组别	<i>n</i>	社会功能		活力		情感职能		精神健康	
		治疗前	治疗第 6 个月	治疗前	治疗第 6 个月	治疗前	治疗第 6 个月	治疗前	治疗第 6 个月
观察组	50	30.46±5.20	72.98±7.36	41.28±7.49	80.70±9.65	30.88±5.85	67.04±1.43	33.32±7.29	72.44±6.83
对照组	50	30.76±3.70	60.22±6.33	43.74±7.62	71.78±5.99	30.52±6.71	58.60±5.08	34.26±8.88	60.38±6.34
<i>t</i>		-0.332	9.297	-1.628	5.552	0.286	11.303	-0.579	9.146
<i>P</i>		0.740	<0.001	0.107	<0.001	0.776	<0.001	0.564	<0.001

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

2.4 心理健康问卷-9(PHQ-9)评分 两组患者入院治疗前 PHQ-9 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),平均水平为轻度抑郁。随着治疗时间延续,两组患者抑郁 PHQ-9 状态呈改善趋势,第 6 个月和第 12 个月研究终点上 PHQ-9 评分较治疗前有显著改善,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。在各评估时点上,治疗后两组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

2.5 两组患者在各研究时间点满意度比较 观察组满意度在治疗后第 1 个月、第 2 个月、第 3 个月、第 6 个月及第 12 个月高于对照组,差异具有统计学意义

($P < 0.05$)。见表 5。

表 4 两组患者治疗前与治疗后第 6 个月、第 12 个月 PHQ-9 评分的比较

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后第 6 个月	治疗后第 12 个月
观察组	50	5.22±2.22	3.82±1.67	2.62±1.81
对照组	50	5.40±2.16	3.38±1.35	2.90±1.46
<i>t</i>		-0.412	1.445	-0.853
<i>P</i>		0.682	0.152	0.396

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

表 5 两组患者治疗满意度比较分析

组别	n	非常满意	满意	一般	不满意	满意率/%	χ^2	P
观察组(1个月)	50	8(16.00)	10(20.00)	14(28.00)	18(36.00)	18(36.00)	6.453	0.011
对照组(1个月)	50	2(4.00)	5(10.00)	12(24.00)	31(62.00)	7(14.00)		
观察组(2个月)	50	5(10.00)	6(12.00)	14(28.00)	25(50.00)	11(22.00)	9.653	0.002
对照组(2个月)	50	12(24.00)	14(28.00)	16(32.00)	8(16.00)	26(52.00)		
观察组(3个月)	50	15(30.00)	18(36.00)	10(20.00)	7(14.00)	33(66.00)	10.240	0.001
对照组(3个月)	50	8(16.00)	9(18.00)	13(26.00)	20(40.00)	17(34.0)		
观察组(6个月)	50	17(34.00)	14(28.00)	12(24.00)	7(14.00)	31(62.00)	5.760	0.016
对照组(6个月)	50	9(18.00)	10(20.00)	12(24.00)	19(38.00)	19(38.00)		
观察组(12个月)	50	20(40.00)	16(32.00)	9(18.00)	5(10.00)	36(72.00)	9.180	0.002
对照组(12个月)	50	12(24.00)	9(18.00)	18(36.00)	11(22.00)	21(42.00)		

注:表内计数资料数据用[n(%)]表示。

3 讨论

KOA 的发生发展是一种长期、慢性、渐进的过程,随着年龄的增长,其病理学改变不可逆。研究表明^[7],随着近些年人口老龄化和其他 KOA 危险因素的增加,以及现代医疗检验技术的革新,KOA 的诊断率、患病率和发病率逐年上升,且呈现出明显的年轻化趋势^[8]。到目前为止,KOA 仍无法完全治愈,延缓关节退变,最大限度地保持和恢复患者的日常生活是目前治疗 KOA 的主旋律。因此许多研究人员将重心转移到疾病的早期阶段的保守治疗及护理上。

对于 KOA 患者,早期一般考虑保守治疗,研究证明,中药内服外敷^[9]、非甾体抗炎药、按摩、中医特色康复治疗^[10]、关节功能锻炼、减重^[11]及关节腔内注射玻璃酸钠药物被证明是 KOA 的有效非手术治疗方法^[12-13]。然而疾病的治疗依托于“三分治疗、七分护理”,在临床上积极探寻有效的药物治疗的同时,为患者提供高质量的护理方案才能获得更好的治疗质量。随着医疗技术的进步,经验式护理模式已经不能满足当前新形势下的护理需求,护理发展日新月异。既往面对保守治疗 KOA 的患者,传统的护理模式更多的是关注疾病生理病理上的改善,而对于病人情感、情绪等心理等层面的诉求常常被忽视。

研究表明^[14],恰到好处的护理措施可大大增加患者的良性预后,对患者采用“生物-心理-社会”一体化的护理方法,即在传统常规护理的基础上,强化个体化的原则,综合性护理措施,通过综合分析患者治疗及日常生活中心理、生理等诸多方面的需求而为其提供一系列针对个体的精细化护理,有助于改善患者的预后及提高生活质量,然而那些相关护理工作以及要如何做都是急需解决的问题。而循证护理立足于临床,从文献及最新科研成果中搜寻证据,最终拟定科学、有效地护理方法,完美解决了这一问题。根据本实

验研究结果分析,循证护理组的患者在循证护理模式下的 VAS 评分及 WOMAC 评分均比对照组低,可见通过循证护理制定的特定方案在 KOA 的治疗中可有效地改善患者的病情进展,改善疼痛等不适,对治疗起到明显的正向积极作用,这正是因为循证护理方法更加专注个体化方案,患者年龄、性别、文化程度的差异,患者治疗的配合度存在极大的差异,因此采取传统的护理方式并不能提高医从性。而在循证护理模式下,护理人员可以更进一步地了解患者内心需求,更加理解患者低医从性的原因,从原因出发解决问题,提高医疗及护理质量。同样的,在患者的康复训练循证护理下制定的个体化方案更加适合患者自身,在安全的前提下最大化康复治疗效益。

随着治疗时间延续,两组患者抑郁(PHQ-9)状态呈下降趋势,经过治疗 6 个月后的 SF-36 量表评分比较,循证护理下的病人有着更为良好生活质量,证明循证护理在客观上能给予患者更好的预后。表明在 KOA 保守治疗中循证护理模式的心理疏导方面起到了重要作用。同时循证护理组的满意度在所有观测点上都高于常规护理组。以上结果证明循证护理或是未来护理学发展的重要方向。

综上,循证护理在保守治疗膝关节炎中可产生积极作用,且循证护理应用实际可行,无论是在改善患者病情还是提高患者满意度上都是值得一试的方法。虽然当前循证护理学理念在护理人员中的知行度并不高^[15],但在未来的临床护理工作中护理人员可选择循证护理的思路,基于循证医学 PICO 原则进行分析,通过文献及指南支持获取证据,在患者生理心理变化的第一时间便制定并实施有效措施,这一点无论是在骨科护理还是其他护理中都具有潜在价值。但本研究为单中心样本分析,缺少多中心样本实验验证,存在局限性。

- 参考文献:**
- [1] 胡永召,阮志华,韩柄秋,等. 膝关节炎的软骨下骨改变[J]. 风湿病与关节炎,2022,11(8):42-46.
- [2] 高嘉翔,陶可,陈坚,等. 运动治疗膝骨关节炎的研究进展[J]. 中华骨与关节外科杂志,2019,12(12):1014-1019.
- [3] 苏阳,朱志刚,蔡裕兴,等. 广州地区中老年人症状性膝关节炎流行病学调查研究的调查研究[J]. 中华关节外科杂志(电子版),2010,4(4):438-444.
- [4] 章晓云,曾浩,孟林. 膝骨关节炎疼痛机制及治疗研究进展[J]. 中国疼痛医学杂志,2023,29(1):50-58.
- [5] ZHANG Y, CHEN T Y, LUO P, et al. Associations of dietary macroelements with knee joint structures, symptoms, quality of life, and comorbid conditions in people with symptomatic knee osteoarthritis[J]. *Nutrients*, 2022, 14(17):3576.
- [6] 韩鹏鹏,胡静文,王上增. 康复护理干预在膝骨关节炎患者行膝关节功能锻炼期间的应用研究[J]. 现代医药卫生, 2022,38(13):2287-2290.
- [7] 周鑫茹,吴雨浓,田一然,等. 我国中老年人骨关节炎罹患现状及其关联因素分析[J]. 现代预防医学,2022,49(22):4071-4076.
- [8] CHEN H B, WU J H, WANG Z J, et al. Trends and patterns of knee osteoarthritis in China: a longitudinal study of 17.7 million adults from 2008 to 2017[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2021, 18(16):8864.
- [9] 胡斌,柴德君,张凤娇,等. 肌骨超声引导下电磁式冲击波(RSWT)联合膝关节肌力训练治疗膝关节炎的临床疗效[J]. 医学食疗与健康,2021,19(11):149-150, 224.
- [10] 李桂花. 中医特色序贯通痹护理联合情志护理在膝骨关节炎患者中的应用效果[J]. 中国民康医学,2022,34(16):183-186.
- [11] BAUMBACH L, ROOS E M, ANKERST D, et al. Changes in received quality of care for knee osteoarthritis after a multicomponent intervention in a general practice in Denmark[J]. *Health Sci Rep*, 2021, 4(4):e402.
- [12] HILIGSMANN M, COOPER C, ARDEN N, et al. Health economics in the field of osteoarthritis: an expert's consensus paper from the european society for clinical and economic aspects of osteoporosis and osteoarthritis (ESCEO)[J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2013, 43(3):303-313.
- [13] DEROGATIS M, ANIS H K, SODHI N, et al. Non-operative treatment options for knee osteoarthritis[J]. *Ann Transl Med*, 2019, 7(Suppl 7):S245.
- [14] 杨扉扉. 康复护理对膝骨关节炎患者膝关节功能及生活质量的影响[J]. 反射疗法与康复医学,2022,3(6):71-74.
- [15] 李冠楠,梅晓凤,王利,等. 骨科循证护理实践知信行影响因素分析[J]. 中国城乡企业卫生,2022,37(10):86-88.
- 收稿日期:**2023-02-13;**修回日期:**2023-03-20
-
- (上接第 688 页)
- [17] 高丽红,于爽,刘欣源. 老年慢性心力衰竭患者自我感受负担及影响因素的调查研究[J]. 中华护理教育,2016,13(8):592-596.
- [18] OEKI M, TAKASE M. Coping strategies for self-perceived burden among advanced cancer patients[J]. *Cancer Nurs*, 2020, 43(6):E349-E355.
- [19] IQBAL K, IRSHAD Y, GILANIA S R, et al. Quality of life in patients undergoing cardiac surgery: role of coping strategies[J]. *Cureus*, 2021, 13(7):e16435.
- [20] KIM S Y, STEWART R, BAE K Y, et al. Influences of the big five personality traits on the treatment response and longitudinal course of depression in patients with acute coronary syndrome: a randomised controlled trial[J]. *J Affect Disord*, 2016, 203:38-45.
- [21] 王艳净,耿晓伟. 大五人格宜人性与社会支持现状[J]. 中国健康心理学杂志,2016,24(12):1906-1910.
- [22] LU W, WANG Z H. Physiological adaptation to recurrent social stress of extraversion[J]. *Psychophysiology*, 2017, 54(2):270-278.
- [23] 盛雪,王冬冬. 家庭关怀度对慢性心力衰竭病人自我感受负担的影响[J]. 护理研究,2017,31(11):1399-1401.
- [24] 徐芙蓉,叶洁玉,董飞. 髋关节置换术后病人自我感受负担与家庭关怀度、照顾者反应的相关性研究[J]. 护理研究,2018,32(15):2413-2417.
- 收稿日期:**2022-10-28;**修回日期:**2022-12-05